

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

N^o 45

DU

PSEUDO-RHUMATISME

INFECTIEUX SUPPURÉ

DANS LA DYSENTERIE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 3 Mars 1899

PAR

Adolphe de LARA

Né à Alger, le 29 janvier 1872

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine



MONTPELLIER

IMPRIMERIE GUSTAVE FIRMIN ET MONTANE

Rue Ferdinand-Fabre et quai du Verdanson

M DCCC XCIX

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. VIALLETON DOYEN
 HAMELIN (✱) ASSESSEUR

Professeurs

Hygiène.	MM. BERTIN-SANS.
Clinique médicale.	GRASSET (✱).
Clinique chirurgicale.	TEDENAT.
Clinique obstétric. et gynécol.	GRYNFELTT.
Thérapeutique et matière médicale.	HAMELIN (✱).
Clinique médicale.	CARRIEU.
Clinique des maladies mentales et nerv.	MAIRET (✱).
Physique médicale.	IMBERT
Botanique et hist. nat. méd.	GRANEL.
Clinique chirurgicale.	FORGUE.
Clinique ophtalmologique.	TRUC.
Chimie médicale et Pharmacie	VILLE.
Physiologie.	HEDON.
Histologie	VIALLETON.
Pathologie interne.	DUCAMP.
Anatomie.	GILIS.
Opérations et appareils	ESTOR.
Microbiologie	RODET.
Médecine légale et toxicologie	SARDA.
Clinique des maladies des enfants	BAUMEL.
Anatomie pathologique	N...
Id.	Bosc (Ch. du c.)

Doyen honoraire : M. MAIRET (✱).

Professeurs honoraires: MM. JAUMES, DUBRUEIL (✱), PAULET (O. ✱)

Chargés de Cours complémentaires

Accouchements.	MM. VALLOIS, agrégé.
Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées	BROUSSE, agrégé.
Clinique annexe des mal. des vieillards. .	VIRES, agrégé.
Pathologie externe	DE ROUVILLE, agr.
Pathologie générale	RAYMOND, agrégé.

Agrégés en exercice

MM. BROUSSE	MM. DE ROUVILLE	MM. GALAVIELLE
RAUZIER	PUECH	RAYMOND
LAPEYRE	VALLOIS	VIRES
MOITESSIER	MOURET	IMBERT
BOSC	DELEZENNE	BERTIN-SANS

MM. H. GOT, *secrétaire*.

F.-J. BLAISE, *secrétaire honoraire*.

Examineurs de la Thèse

MM. TÉDENAT <i>président</i> .	MM. DE ROUVILLE, <i>agrégé</i> .
BAUMEL, <i>professeur</i> .	VIRES, <i>agrégé</i> .

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur ; qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation

A MES PARENTS

A MES AMIS

ADOLPHE DE LARA.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE
MONSIEUR LE PROFESSEUR TÉDENAT

ADOLPHE DE LARA.

INTRODUCTION

Parmi les complications de la dysenterie, les arthralgies ont déjà été signalées par les auteurs anciens et, plus près de nous, par Sydenham, Trousseau, Quinquaud, etc. Pour la plupart de ces auteurs, les manifestations articulaires de la dysenterie sont bénignes et ne suppurent pas. Certains cas semblent, cependant, contrevenir à cette règle trop absolue, que l'on a tendance à établir d'une façon trop définitive.

Il nous a paru intéressant, sur les conseils de notre Maître, M. le professeur Brault, de réunir en un travail tout ce qui a été écrit sur le pseudo-rhumatisme infectieux suppuré dans la dysenterie et d'affirmer son existence.

Loin de nous la pensée de vouloir, dans ce travail, imposer notre volonté, trop heureux si les observations et les renseignements que nous apportons sur cette question si discutée peuvent présenter quelque intérêt et venir en aide à de plus autorisés que nous pour trancher ce point délicat de la science médicale.

Le plan de notre thèse sera donc celui-ci : Division en trois chapitres :

Chapitre Premier. — Court historique de la question depuis ses origines. — Physionomie habituelle du pseudo-rhumatisme dysentérique ;

Chapitre II. — Les complications de ce dernier d'une façon générale.

Chapitre III. — Le pseudo-rhumatisme suppuré dysentérique. — Division de ce chapitre en trois paragraphes :

I. Symptômes. — Observations ;

II. Diagnostic. — Pronostic ;

III. Traitement.

Mais, avant d'aller plus loin dans l'étude de notre sujet, nous avons certaine dette de reconnaissance à acquitter.

M. le professeur Brault, chargé du cours de Maladies des pays chauds à l'Ecole de Médecine d'Alger, a bien voulu nous inspirer cette thèse et nous donner les moyens de l'exécuter. Qu'il nous soit permis de dire ici à notre Maître combien ses conseils et ses encouragements nous ont été précieux et profitables, alors que nous étions élève à la Clinique infantile. Que cet excellent Maître veuille donc bien accepter le témoignage de notre respectueuse reconnaissance.

M. le professeur Tédénat nous a fait le grand honneur d'accepter la présidence de notre thèse ; qu'il nous permette de lui adresser, avec l'expression de notre plus vive reconnaissance, nos sincères remerciements.

Que nos Maîtres de la Faculté de médecine de Montpellier, parmi lesquels nous ne sommes resté que bien peu de temps, veuillent bien agréer l'expression de notre plus vive gratitude.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DU
PSEUDO-RHUMATISME
INFECTIEUX SUPPURÉ
DANS LA DYSENTERIE

CHAPITRE PREMIER

Le pseudo-rumatisme infectieux s'observe dans la dysenterie. Cette complication, aujourd'hui classique, lorsqu'elle existe, est un excellent auxiliaire pour établir le diagnostic de dysenterie. En effet, ce diagnostic ne se fait pas avec une extrême facilité, car il existe quelques fausses dysenteries, qui ne sont autres que des colo-rectites dues, pour la plupart, à des causes diverses et plus particulièrement à des vers intestinaux ; nous voulons parler de la bilhariose, de la verruga, du paludisme, qu'on observe seulement dans les pays chauds et tropicaux. Ces diverses affections sont susceptibles de simuler la dysenterie, et c'est pour cette raison qu'il nous a paru intéressant de les signaler au début de ce chapitre parce qu'elles ne présentent pas de manifestations articulaires qui, seules, se rencontrent dans la dysenterie vraie.

Les auteurs qui ont signalé cette étrange confraternité du

rhumatisme et de la dysenterie forment une liste assez longue ; mais nous pensons qu'avant d'entrer dans le vif de la question, c'est-à-dire de nous occuper du pseudo-rhumatisme infectieux suppuré, il est nécessaire de passer rapidement en revue les auteurs qui nous ont précédé dans cette étude.

Les auteurs anciens avaient déjà remarqué, mais sans en tirer aucune déduction, que la dysenterie s'accompagnait quelquefois de manifestations articulaires.

Hippocrate disait déjà qu'une dysenterie s'arrêtant intempestivement peut produire un dépôt dans la poitrine, soit dans les viscères, soit dans les articulations.

Après Hippocrate, Cœlius Aurelianus vient dénoncer la dysenterie comme un rhumatisme de l'intestin.

Alexandre de Tralles émet une opinion à peu près semblable ainsi que Porestus.

Il faut ensuite arriver à Sydenham qui, pendant l'épidémie de 1672, constate que les malades atteints de dysenterie présentent souvent, dans les muscles et les extrémités, des douleurs approchant de celles des rhumatismes. Mais cette remarque, jetée un peu au hasard de la plume, passe complètement inaperçue.

Un siècle plus tard, Strack, relatant l'épidémie de la Mayenne, en 1757, nous signale cette curieuse coïncidence et nous prévient contre le poison subtil qui, se fixant dans les muscles, se transforme en rhumatisme.

En 1765, Zimmermann, dans son *Traité de dysenterie*, signale la question, de même que Lepecq de la Cloture.

C'est à Stoll que revient le mérite d'avoir, le premier, attiré directement l'attention sur les complications articulaires de la dysenterie (épidémie de 1776). Pour lui, la dysenterie se change en rhumatisme.

En 1835 (épidémie de Vannes), Tallot voit quelques exemples d'arthralgie dysentérique.

La même année, Thomas (de Tours) publie un mémoire dans les *Archives de Médecine* sur un dysentérique frappé en même temps de variole et de rhumatisme articulaire aigu.

En 1837, Chomel rapporte un autre exemple d'arthralgie dysentérique.

En 1847, Combay dit que la dysenterie est souvent suivie de rhumatisme, de sciatique et de pleurésie.

En 1857, Sylvestre note un cas de dysenterie rhumatismale.

La même année, Dutrouleau déclare que les douleurs articulaires aiguës ne sont pas rares dans la dysenterie.

Plus tard, Trousseau, dans ses *Cliniques de l'Hôtel-Dieu*, reprend les théories de Stoll et décrit sous le nom de forme rhumatismale, « les manifestations articulaires de la dysenterie qui sont caractérisées par des métastases qui se produisent du côté des articulations ; d'après lui, ce sont les genoux qui sont le plus atteints. »

Delieux de Savignac reconnaît l'existence de cette forme rhumatismale de la dysenterie, qui se trouve signalée, en 1865, dans la thèse de Fernet ; en 1866, et dans celle de Ball.

En 1867 (épidémie de Brest), le docteur Gestin, relève trois fois l'intervention de phénomènes rhumatoïdes. A la même époque, Ollier signale cette association du rhumatisme et de la dysenterie, de même que Gondouins (épidémie de la Sarthe) et Huette (épidémie de Montargis, en 1869).

Nous signalerons, en 1863, l'observation de Chauffard ; en 1869, celle de Rigal ; en 1873, celles de Santopadre et de Orlosski.

En 1874, Follin et Duplay, dans leur *Traité de pathologie externe*, signalent les arthrites aiguës qui se développent à la suite de la dysenterie.

M. le professeur Quinquaud, à la même date, publie, avec quatre nouvelles observations, une étude complète sur ces arthrites.

En 1875, dans l'épidémie de la Rochelle, M. Tecard, en 1876, M. Aron (épidémie de Joigny) signalent le rhumatisme comme complication de la dysenterie.

Signalons, en 1875, la thèse de M. Tetu, qui rapporte une observation d'arthrite dysentérique et qui croit voir, dans cette affection, la manifestation d'un empoisonnement pyohémique.

En 1879, Jaccoud et, en 1882, Homolle reprennent la question. Pendant cette même année, l'épidémie de Bourges nous offre deux cas d'arthralgie dysentérique, et celle de Vincennes, dix-huit cas.

En 1883, M. Bourey, dans sa thèse, consacre un chapitre au pseudo-rumatisme dysentérique.

M. Bérenger-Féraud s'occupe spécialement, dans un traité, des complications rhumatoïdes de la dysenterie, ainsi que Colin, dans le *Dictionnaire de Dechambre*.

En 1884, paraît la thèse de M. Fradet, qui résume toutes les opinions précédentes et dont la conclusion est qu'il existe une variété de rhumatisme secondaire, reconnaissant pour cause la dysenterie épidémique ou sporadique et se rapprochant du rhumatisme blennorrhagique.

La thèse d'agrégation du docteur Lapersonne sur les arthrites infectieuses (non tuberculeuses) affirme l'unité morbide de l'arthrite dysentérique et passe en revue les différentes théories qui ont été émises à ce sujet et conclut à une manifestation d'une maladie générale infectieuse.

Dernièrement, M. le médecin-major Runlinger, dans un article paru dans la *Revue de médecine* de 1898, publie une étude sur l'arthrite dysentérique et sur la pathogénie de cette affection. Les conclusions sont à l'appui de deux observations :

1° Le pseudo-rumatisme infectieux dysentérique s'observe généralement dans la dysenterie bénigne et au décours de la maladie. Il peut revêtir deux modalités : une forme sèche

douloureuse et une forme à hydarthrose ne guérissant que par les ponctions et rebelle à tout autre traitement (1) ;

2° Le liquide retiré est fibrineux, il ne renferme aucun germe susceptible d'être mis en évidence.

Les arthrites paraissent donc dues, soit à un parasite tout à fait spécial, soit à l'action de toxines élaborées dans l'intestin, probablement par un microbe du groupe coli.

Voyons maintenant comment évolue cette affection et quelles sont ses principales complications.

L'arthrite dysentérique a assez souvent un début insidieux, mono-articulaire, apparaissant au déclin de l'affection ou pendant la convalescence, mais très rarement à la période d'état.

Cependant, le fait a été observé par Quinquaud, chez un malade, et par M. le professeur Brault, dans deux cas, pendant le cours de la maladie.

Dans l'immense majorité des cas, les genoux ont été pris ; c'est, d'ailleurs, l'opinion de Trousseau, qui dit :

« Quelquefois, les accidents se localisent dans un seul point et il m'a semblé que les genoux en étaient le plus souvent le lieu d'élection. »

Le début peut également avoir lieu, mais plus rarement, par les cous-de-pied, les poignets, les épaules, les coudes, les orteils, les doigts et la colonne vertébrale.

M. le professeur Brault a également vu deux fois les bourses séreuses deltoïdiennes prises et une fois seulement les bourses calcanéennes, malgré l'absence constatée de tout écoulement blennorrhagique.

(1) M. Brault préfère l'arthrotomie rapide en un temps ; il a appliqué cette méthode à un cas d'hydarthrose dysentérique rebelle du genou.

Quelle que soit l'articulation envahie, la douleur, qui est peu appréciable au début, va en augmentant mais reste cependant modérée. Elle est sourde, continue, sans exacerbations ni élancements. L'articulation est gonflée, tuméfiée souvent d'une façon notable, mais sans rougeur inflammatoire comme dans le rhumatisme. Le gonflement des tissus est constitué par un véritable œdème blanc et assez mou qui donne à la peau une couleur pâle et un aspect luisant. La température locale ne s'élève pas et la température générale monte rarement à 39° avec un pouls ne battant pas plus de 90 pulsations.

L'appétit est en général conservé et les fonctions digestives parfaitement régulières.

Les urines restent normales et l'on ne rencontre pas de sueurs acides et profuses dont l'odeur est caractéristique du rhumatisme articulaire aigu. — D'autres articulations ne tardent pas à être intéressées; puis, au bout de quelques jours ou de quelques semaines, une amélioration notable se produit dans les jointures affectées. Mais, en général, l'inflammation se fixe sur une d'entre elles, souvent sur le genou et persiste seule encore un certain temps.

L'épanchement, parfois très abondant, distend d'une façon notable les culs-de-sac synoviaux, suffisamment pour donner la sensation de fluctuation sans permettre le contact rotulien. Les auteurs ne signalent pas le relâchement des ligaments par suite de la quantité de l'épanchement pour permettre ensuite des mouvements anormaux. Trousseau, cependant, dit que : « la fluxion rhumatismale articulaire, d'ordinaire assez passagère, est quelquefois persistante et portée à un tel degré qu'on a vu l'épanchement synovial devenir assez considérable pour occasionner la rupture de la capsule. »

Cet épanchement, qui se produit fort rapidement et atteint vite un développement si notable, disparaît avec lenteur mais toujours au bout d'un temps variable.

En général, au bout d'un mois au moins, toutes les artropathies sont suffisamment améliorées pour permettre la marche et la liberté presque absolue des mouvements.

Le diagnostic de l'arthrite dysentérique avec le rhumatisme articulaire aigu est facile, à cause des nombreux points de dissimilitude qui existent entre ces deux affections.

Le rhumatisme blennorrhagique pourrait induire en erreur ; car son aspect clinique offre une certaine ressemblance avec l'arthrite dysentérique, mais l'état du canal et les antécédents du malade permettent d'affirmer ce diagnostic.

La verruga, ou maladie de Carrion, qui compte parmi les maladies de pays chauds, peut, jusqu'à un certain point, simuler la dysenterie et, chose curieuse, dans la maladie de Carrion, l'on observe parfois des douleurs violentes dans les articulations, principalement dans les genoux. Mais ces arthralgies ne ressemblent en rien au pseudo-rhumatisme dysentérique, car il s'agit d'une manifestation du début et non d'un épiphénomène de la période d'état ou de la convalescence.

Quelle est la nature de cette affection et quelles sont les causes qui peuvent lui donner naissance ?

Il nous est impossible de nous arrêter sur les nombreuses théories qui ont été tour à tour émises par un grand nombre d'auteurs.

Avons-nous affaire à une forme spéciale de la dysenterie ?

Y a-t-il identité de nature entre le rhumatisme et la dysenterie ? ou bien la diathèse rhumatismale est-elle réveillée par l'inflammation intestinale ?

Toutes ces opinions ont été défendues par Stoll, Trousseau, Delioux de Savignac et bien d'autres auteurs.

Arrivons à la théorie moderne, qui repose sur l'admission de la dysenterie au nombre des maladies infectieuses. Les recherches bactériologiques, quoique encore imparfaites, tendent à confirmer cette origine parasitaire.

L'on est bien obligé d'avouer que nous ne connaissons pas encore d'une façon indéniable la cause de cette affection. Plusieurs organismes, d'ordre et de nature inférieurs, se partagent actuellement la pathogénie de cette affection, mais les recherches de M. Laveran lui ont permis de déceler dans les selles de dix malades la présence de bacilles en grande quantité absolument identiques au *bacillus coli communis*. Il est démontré, depuis longtemps, que cet hôte habituel et inoffensif de l'intestin de l'homme peut acquérir, dans certaines circonstances, une grande virulence et un pouvoir pathogène remarquable. D'autre part, MM. Chantemesse et Vidal ont obtenu, dans 5 cas de dysenterie contractée dans les pays chauds, un bacille particulier qu'ils considèrent comme l'agent spécifique de cette affection. Les éléments sont de courts bâtonnets peu mobiles, à extrémités arrondies, très fins dans l'organisme, un peu plus épais dans les cultures. Les caractères de ce microbe sont bien voisins de ceux du coli bacille, avec lequel beaucoup l'identifient.

Ces notions bactériologiques données, il est rationnel de conclure que le pseudo-rhumatisme de la dysenterie est la manifestation d'une maladie générale infectieuse.

Le traitement des arthralgies spécifiques n'a rien de spécifique.

Applications de liniments sur les articulations atteintes dans le but de calmer la douleur; pointes de feu, compression ouatée au niveau de la jointure, tel sera le traitement local.

La médication générale devra être tonique et répondre aux indications spéciales. Le salicylate de soude, quoique n'ayant pas d'effet sur l'état des articulations, a, cependant, une action analgésique et pourra être employé dans ce but. L'iodure de potassium pourra être donné au déclin de la maladie, car il aide à la résorption du liquide des hyarthroses. On a encore préconisé l'antipyrine à la dose de 2 à 4 grammes par jour.

CHAPITRE II

COMPLICATIONS DU PSEUDO-RHUMATISME DYSENTÉRIQUE

A la suite des arthropathies dysentériques, on peut voir quelquefois d'autres manifestations survenir comme complications.

Nous signalerons, en première ligne, la conjonctivite catarrhale observée par M. Aron dans l'épidémie de Joigny, et par M. Fradet dans celle de Vincennes.

Cette conjonctivite peut parfois prendre naissance et évoluer en même temps que l'inflammation articulaire. Mais M. Fradet, qui en rapporte quatre observations, dit que, dans trois cas, l'ophtalmie a été l'affection primitive. Celle-ci est très légère et frappe simultanément les deux yeux. Elle se traduit par une inflammation très vive de la conjonctive avec injection, soit générale et uniforme, soit plus intense en certains points. On observe du prurit oculaire, des douleurs nullement en rapport avec la violence de la phlegmasie et un peu de photophobie.

Cette conjonctivite a une marche très rapide, ne se complique pas de phénomènes du côté de la cornée de l'iris ou de la choroïde et disparaît rapidement sans laisser place à la moindre complication.

Comme complication la plus redoutable de la forme rhumatismale de la dysenterie, dit Fradet, nous devons parler des accidents cardiopathiques.

C'est l'endo-péricardite qui est le plus habituellement signalée par les auteurs.

Dans une observation de M. Gestin, nous trouvons le cas d'un malade éprouvé par l'affection rhumatismale et chez lequel des palpitations et une douleur fixe à la région précordiale appelèrent l'attention du côté du cœur. Ces derniers accidents cédèrent très vite à l'application immédiate d'un vésicatoire.

Citons encore M. Lecard, qui signale trois malades atteints de processus articulaires avec localisation au cœur chez l'un d'eux.

M. Moty rapporte deux cas de rhumatisme dysentérique, dont l'un suivi d'œdème par suite d'insuffisance mitrale.

M. Bérenger-Féraud cite le cas d'un paludéen atteint d'arthrites du gros orteil et du genou droit et présentant quelques phénomènes du côté du cœur.

M. Fradet note, dans une de ses observations, une endo-péricardite. Quand le malade put sortir, on entendait encore des frottements péricardiques ainsi que le souffle de l'insuffisance mitrale.

En outre des complications cardiaques qui peuvent survenir au cours du pseudo-rumatisme dysentérique, certains auteurs ont signalé des myalgies et des névralgies. La plus commune des névralgies d'origine rhumatismale, la sciatique, a été signalée après la dysenterie par Cambay, Sylvestre et Bérenger-Féraud. M. Fradet nous en rapporte un cas, survenant chez un militaire trois jours après la fin de la dysenterie.

Enfin, comme conséquence tardive, on a mentionné l'atrophie musculaire consécutive du membre. Le fait a été, du reste, rarement observé.

En résumé, nous sommes en présence de trois complications.

La conjonctivite, qui a été signalée véritablement par M. Fradet, car M. Aron signale le fait, en passant, sans la moindre insistance. Elle est très légère; c'est plutôt une hyperhémie de la conjonctive et il semble qu'on a donné à ce symp-

tôme de rencontre une importance exagérée, en voulant le rattacher par un lien de parenté aux manifestations arthralgiques; cela pour donner appui à la théorie qui assimile l'arthralgie dysentérique au véritable rhumatisme. Mais cette interprétation est fausse, puisque, comme le dit M. Fradet, qui a signalé la conjonctivite, celle-ci ne se complique pas de phénomènes du côté de la cornée, de l'iris, de la choroïde et ne tarde pas à disparaître au moment où les arthrites surviennent.

Il semble donc qu'il n'y ait là qu'un simple rapport de coïncidence.

Quant aux complications endo-péricardiques, Huette et Quinquaud les considèrent comme ne s'étant jamais montrées.

Il semble, en effet, que les observations que nous avons citées ne sont pas probantes.

Celle de Gestin n'entre dans aucun détail sur les phénomènes stéthoscopiques ni sur le point du cœur qui était touché.

De même, M. Lecard, qui est encore moins explicite en nous parlant d'une « localisation au cœur », ne nous donne aucun détail et ne nous dit pas si la lésion cardiaque était ancienne ou récente.

M. Moty, dans l'épidémie de Bourges, cite un cas d'insuffisance mitrale chez un malade atteint d'arthralgie dysentérique. Mais il a soin d'ajouter que la lésion était sans doute préexistante. Il en est, sans doute, de même pour le cas rapporté par M. Fradet.

Enfin, si nous arrivons à la troisième complication, c'est-à-dire les diverses névralgies et en particulier la sciatique, nous dirons que celle-ci a été fréquemment signalée dans la dysenterie et que cette complication marche de pair, probablement avec le rhumatisme, mais qu'il n'y a aucune connexion entre les deux affections.

En somme, les complications signalées ci-dessus ne se rencontrent pas dans tous les cas d'arthrite dysentérique et il est même probable qu'elles surviennent à titre de coïncidence. Mais une complication que certains auteurs ont rejetée et qui est maintenant avérée, c'est la suppuration de l'article.

Sans aucun doute, presque toujours, le pseudo-rhumatisme dysentérique est bénin ; le plus souvent, il marche sans encombre, lentement mais sûrement, vers la guérison ; mais, quoi qu'en disent Huette, Quinquaud et Fradet, qui n'ont observé que ce seul mode de terminaison, l'arthrite dysentérique peut passer à la suppuration et sa bénignité habituelle fait place à une gravité extrême.

Arcoleo a réussi, du reste, à provoquer des arthrites suppurées en injectant du bacille d'Eberth et aussi du coli bacille dans les articulations et aussi en l'injectant dans les vaisseaux. Dans ce dernier cas, un léger traumatisme favorise la localisation articulaire.

CHAPITRE III

LE PSEUDO-RHUMATISME SUPPURÉ DYSENTÉRIQUE

S'il en faut en croire Zimmermann, Lepecq de la Cloture et Thomas (de Tours), les arthrites dysentériques peuvent se terminer par suppuration, et cette grave complication est capable d'amener parfois la mort du patient. Sans doute, les arthropathies cessent, en général, au bout d'un mois, et au bout de six semaines, en moyenne, le malade peut marcher librement; mais si la mort est l'exception, il n'en est pas moins vrai que, dans des cas d'arthrite, on a observé des cas de suppuration qui semblent contredire à la règle trop exclusive, qui est la résorption de l'épanchement.

Les observations des anciens médecins sont incomplètes et insuffisantes, et cette insuffisance ne nous permet peut-être pas de leur accorder une foi entière; mais des auteurs plus modernes ont publié des observations sur cette grave complication.

M. le médecin-major Starck, dans les *Annales de la Charité* de 1887, rapporte les affections polyarticulaires dysentériques aux affections septiques. D'après lui, ce sont ces germes infectieux (cocci) provenant de la muqueuse intestinale malade qui arrivent dans les vaisseaux lymphatiques, pénètrent dans les membranes synoviales de l'articulation, en partie au-dessous de l'articulation, et déterminent la formation du pus.

Avant lui, Follin et Duplay, dans leur *Traité de pathologie*

externe, avaient signalé deux genres d'arthrites survenant au cours des fièvres éruptives, du typhus et de la dysenterie : les unes non purulentes, se rapprochant des arthrites spontanées ou rhumatismales ; les autres, véritables arthrites pyohémiques, indiquent la tendance générale de l'économie à la suppuration.

En 1876, paraît la thèse de M. Galdemar, dans laquelle on trouve une observation empruntée à un journal de médecine de Dublin. C'est le cas d'une femme qui mourut de dysenterie, et à l'autopsie de laquelle on trouva dans l'articulation du genou droit une grande quantité de pus jaunâtre et mal lié ; de même dans l'articulation du coude gauche et dans l'articulation métatarso-phalangienne du gros orteil gauche. Mais ce n'était, en réalité, qu'un cas de pyohémie, car on trouva aussi du pus dans les méninges, dans le péricarde et dans les poumons.

A propos des formes catarrhales de la suppuration articulaire, le docteur Richard Wolkmann a publié, dans les *Archives de Langenbeck*, une observation de pseudo-rhumatisme dysentérique suppuré qui ne peut laisser aucun doute, car la ponction donna issue à un liquide synovial purulent.

L'observation de notre Maître, M. le professeur Brault, est encore plus probante et a fait l'objet d'un rapport de M. le docteur Picqué à la Société de chirurgie, en 1894, rapport qui affirme l'existence d'une arthrite purulente dans la dysentérie.

Nous donnons intégralement ces trois observations, qui sont pleines de détails concernant le pseudo-rhumatisme infectieux suppuré de la dysenterie. Mais nous n'omettrons pas de citer, auparavant, les auteurs anciens qui, quoique n'entrant pas dans des détails, signalent la suppuration de l'article.

§ I

Voici ce que rapporte Lepecq de la Cloture à propos de l'épidémie de Caen : « La dysenterie fut très longue chez un grand nombre de malades et finissait souvent par des dépôts sur les extrémités, mais surtout par des tumeurs aux articulations semblables aux nodus de la goutte, aux ankyloses, dont quelques-uns ont *suppuré*.

» Ces dépôts faisaient la métastase critique de la fièvre et, dès ce moment, l'estomac, l'intestin, les forces digestives reprenaient un peu de vigueur, qu'il fallait quelquefois cependant féconder par des stomachiques amers.

» Plusieurs de mes confrères m'assurent en avoir vu mourir quelques-uns à la suite de ces *dépôts abcédés*.

» La plus grande partie de ceux qui échappaient à la mort restaient perclus de leurs membres et souffraient de douleurs considérables ».

Stoll, parlant de complications articulaires de la dysenterie observées par lui pendant l'épidémie de 1876, nous dit : « Il y avait un troisième genre de fluxion qui paraissait souvent pendant l'été et pendant l'automne ; c'était un genre érysipélateux très brûlant, qui faisait pousser des cris au malade quand on le touchait, plus douloureux le soir que la nuit et d'une nature septique.

» Chez quelques-uns, après des tourments de plusieurs jours, ces rhumatismes se tournèrent en *suppuration*. Ceux qui avant la maladie avaient de mauvaises humeurs étaient principalement exposés à ce genre de rhumatisme ».

Ces deux dernières observations ne sont pas, comme on le voit, très concluantes.

Cependant, on est obligé de reconnaître que, si ces deux auteurs ne sont pas féconds en détails, ils ont signalé la *suppuration* de l'article comme mode de terminaison.

Une autre observation post-dysentérique devenue purulente, est celle publiée, en 1835, dans les *Archives générales de Médecine* par Thomas (de Tours) sur un jeune homme de 24 ans, qui eut, à la suite d'une entéro-colite compliquée d'une variole intercurrente, de nombreuses arthrites, dont la plupart suppurèrent et amenèrent la mort.

Observation première

(Thomas de Tours)

Floran, âgé de 21 ans, chasseur, d'une constitution assez forte, se présente au vingt-deuxième jour d'une dysenterie de moyenne intensité. Au déclin de l'affection, au vingt-huitième jour, survient une éruption variolique. Au trente-deuxième jour, se montrent des phénomènes articulaires au genou droit, d'abord, puis au poignet, au coude et à l'épaule gauche (35^{me} jour). Vers le quarantième jour, la suppuration articulaire devient assez évidente pour que l'on ouvre au bistouri le genou droit et le poignet gauche, ainsi que deux vastes collections purulentes situées, l'une à la fesse gauche, l'autre à la partie supérieure de la région sternale.

Le malade succombe le 8 octobre.

A l'autopsie, on relève les altérations suivantes : les articulations sterno-claviculaires ont leurs surfaces rugueuses, inégales, privées de synoviale et de cartilages ; elles renferment un liquide purulent rougeâtre. On trouve dans

l'articulation scapulo-humérale droite une petite quantité de pus liquide noirâtre. Les cartilages sont détruits en plusieurs points ; la synoviale est très rouge, les muscles environnants sont noirâtres. Les articulations du coude et du poignet du même côté sont sains ainsi que l'épaule et le coude gauches.

Les surfaces articulaires du poignet sont rouges, inégales, rugueuses ; la synoviale et les cartilages n'existent plus. Le même désordre existe dans les articulations des os du carpe. L'articulation du poignet communique à l'extérieur par deux trajets fistuleux et dans la paume de la main avec le foyer purulent.

Il s'agit, comme on le voit, d'une dysenterie sur laquelle s'est greffée une variole. C'est là, il est vrai, un fait complexe peu concluant et qu'on ne doit retenir qu'à titre d'exception.

L'observation de M Starck, que nous donnons in-extenso, paraît plus probante et signale une suppuration de l'article qui ne peut laisser aucun doute.

Observation II

(Starck, *Charité-Annalen*, 4^{me} année, 1877)

(Traduction)

Les agents infectieux pénètrent dans la circulation et provoquent tous les genres de maladies générales à caractère septique. Parmi ces affections générales, je mets en première ligne les affections polyarticulaires. Survenant à la suite de la dysenterie, ces processus doivent être considérés, non comme rhumatismaux, mais comme septiques. Il s'agit donc, non de la polyarthrite rhumatismale, mais bien de la polyarthrite sep-

tique. J'ai observé un cas très intéressant et probant, il y a quelques années, dans le service de chirurgie que je dirige à la Charité, je tiens à vous l'esquisser brièvement.

Le 11 avril 1874, un ouvrier, de très forte constitution, âgé de 33 ans, est entré dans le service. Il avait fait une chute de voiture et s'était fait une contusion de l'épaule gauche et du genou gauche.

Je lui trouvai une enflure considérable de l'articulation du genou, la capsule gonflée, tendue, échauffée, légèrement œdématisée, très douloureuse à la pression, mais sans trace d'écchymoses, ni d'ecchymoses. Les mêmes modifications à l'articulation de l'épaule. De même ici, aucun symptôme de traumatisme, aucune coloration qui aurait pu laissé croire à une hémorragie.

Les réponses de cet homme étaient lentes et difficiles et il me parut peu certain que les causes qu'il donnait eussent quelque rapport avec cette maladie générale. Accidentellement, une fièvre intense, montant à 39°6, survint le soir avec une rémission de 38,9 le matin; la langue écorchée, crevassée, sèche, très rouge, une soif vive, le visage rouge; maux de tête, sommeil agité, délire.

Les organes de la cage thoracique, surtout le cœur, étaient en bon état. Le quatrième jour après son entrée à l'hôpital, l'agitation du malade s'était accentuée, si bien qu'il fut transporté dans la section des agités. Deux jours après, calmé, il rentra de nouveau dans le service de chirurgie. La fièvre persistait toujours; mais un autre phénomène domina alors la scène, ce fut l'affection intestinale; des selles fréquentes, sanglantes, grasseuses et accompagnées de vifs ténesmes, qui ont été arrêtés par plusieurs doses d'huile de ricin et d'ipéca.

A l'interrogatoire du malade, celui-ci déclara avoir souffert de diarrhée depuis plusieurs jours avant son entrée; la marche était déjà gênée et ce n'est qu'avec des douleurs dans les

membres qu'il arrivait jusqu'aux cabinets pour faire ses besoins.

Pendant cette maladie, qui avait les caractères de la dysenterie franche, de nouvelles douleurs dans l'épaule droite, saine jusqu'alors, survinrent tout à coup. La capsule devint saillante avec enflure du creux articulaire. Six jours après, outre les deux épaules et le genou gauche, les deux articulations du coude furent atteintes. La vessie à glace soulageait les douleurs, mais l'exsudation s'améliorait peu. (Traitement par les purgations.)

Pendant l'échange de l'appareil plâtré qui immobilisait le genou malade, on trouva, le dix-huitième jour de son entrée à l'hôpital, un gonflement peu douloureux avec empâtement de la région du mollet. La peau n'était pas colorée. L'incision détermina l'issue d'un pus rouge brunâtre, trouble, mélangé au tissu cellulaire graisseux.

Cet abcès a été suivi de beaucoup d'autres qui siégeaient sur la face dorsale de la jambe et qui se sont répandus depuis les malléoles jusqu'à l'os coxal et qui demandaient plusieurs interventions par incision. Le cas a fini par guérison.

Le pus extrait à la première incision, recueilli avec les précautions nécessaires et examiné, a montré à l'examen microscopique une grande quantité de cocci disposés en partie en forme de chaînette, en partie en masse.

Il est inutile d'ajouter qu'il ne s'agissait pas ici d'une simple synovite traumatique, et puis la polyarthrite rhumatismale ordinaire est si nettement caractérisée qu'il n'en peut pas ici être question, et surtout, j'ai déjà mentionné l'absence de toute lésion cardiaque. Dans tous les cas que j'ai observés, la complication par une endocardite manquait toujours.

Pour en revenir aux affections articulaires septiques dysen-

tériques, ces dernières diffèrent des affections rhumatismales en ce qu'on ne voit pas le passage brusque de l'affection d'une articulation à une autre. L'articulation atteinte primitivement reste malade pendant que les autres se prennent. J'attribue une tout autre valeur à l'apparition simultanée des abcès intermusculaires à cause de leur contenu riche en agents infectieux, qui se sont développés malgré l'absence de toute lésion extérieure. Ceci montre exactement la nature de l'affection et nous fait rapporter aussi les affections polyarticulaires aux affections septiques. Ils proviennent de la muqueuse intestinale affectée dysentériquement, arrivent dans les vaisseaux lymphatiques et pénètrent en partie dans les membranes synoviales de l'articulation, en partie au-dessous de l'articulation et déterminent la formation d'abcès.

Cette localisation me semble déterminée, non seulement par l'immobilisation dans un appareil plâtré, mais encore par la bande, qui est trop serrée. « C'est sous cette dernière que naissait l'abcès ».

Observation III

(Wolkmar, *Archives de chirurgie clinique*, t. I.)

Une jeune fille de 16 ans, qui a supporté une dysenterie il y a huit semaines, a été affectée d'un rhumatisme articulaire aigu avec les symptômes qui nous sont connus. Les deux poignets, les deux coudes et le genou droit ont été pris. Les adducteurs de la cuisse droite ont été également touchés; ils sont douloureux à la pression, l'abduction est impossible. Les articulations coxo-fémorales sont libres des deux côtés. La fièvre est modérée et cède à l'emploi de la digitale pendant huit jours avec acétate de potasse et jus de citron. Les autres articulations et les adducteurs deviennent indolores; mais l'articu-

lation du genou du côté droit subit deux récides dans l'espace de 14 jours. Pendant le dernier accès, on a observé un exsudat notable accompagné de douleurs dans le genou et augmentant rapidement dans le creux articulaire. Appuyé par d'autres expériences et assuré de l'innocuité complète de l'intervention, j'ai fait, à la fin de la troisième semaine, une ponction sous-cutanée de l'articulation, et j'ai extrait deux onces de liquide synovial très fluide, trouble, jaunâtre, exhalant une odeur prononcée de choux. Une partie de ce liquide, immédiatement après l'évacuation, s'est transformée en une masse insignifiante de fibrine. Le liquide abandonné à lui-même a donné, après plusieurs heures, un sédiment jaune purulent, de quantité égale à la sixième partie de tout le liquide retiré. Au microscope, on y trouvait les cellules multinucléées du pus sans mélange d'éléments épithéliaux.

Après l'emploi des bandes en flanelle pour compression et de badigeonnages à la teinture d'iode, la malade est sortie complètement guérie au bout de cinq semaines. L'articulation du genou n'était alors douloureuse ni à la pression, ni à la mobilisation, et ses fonctions n'étaient nullement modifiées.

Observation IV

(Due à M. le professeur Brault).

Depuis deux ans, à l'hôpital du Dey, nous recevons dans notre service les malades atteints de dysenterie. Sur plus de 500 cas traités, nous n'avons encore vu que sept fois du pseudo-rhumatisme. Six fois les choses se sont bien passées.

Mais voici qu'au cours d'une épidémie très sévère, où nous avons perdu trois malades qui présentaient la forme algide, nous avons eu à observer un cas d'une nature tout autre qui

semble contrevénir à la règle trop absolue que l'on a tendance à établir d'une façon définitive. Ici, les manifestations articulaires ont été précoces, et le genou gauche, le premier pris, a suppuré.

Voici notre observation :

N..., 22 ans, paysan robuste, soldat au 12^e régiment d'artillerie, entre au Dey, le 15 mai 1894, pour dysenterie, venant d'un camp voisin d'Alger (1); on est en pleine épidémie.

Cet homme, malade depuis six jours, présente les selles muco-sanglantes caractéristiques; de plus, depuis la veille, il se plaint du genou gauche. Ce dernier est modérément gonflé et l'on y constate un léger épanchement. Temp. 38°9.

Antécédents arthritiques personnels ou héréditaires nuls. Pas d'affection vénérienne actuelle ou antérieure; le méat, largement fendu, grâce à un hypospadias balanique complet, est sec et pâle; l'expression de l'urètre, sur toute sa longueur, ne donne pas trace du plus petit écoulement. En somme, aucune cause locale ou générale à incriminer en dehors de la dysenterie.

Traitement: pilules de Segond, cachets de bismuth et naphthol, salicylate de soude, immobilisation dans une gouttière.

16 et 17 mai. — Légère amélioration, les selles sont un peu moins fréquentes, mais le malade continue à souffrir du genou.

18. — Le gonflement périarticulaire et l'épanchement augmentent, flexion légère, mouvements très limités et douloureux. Du côté droit, l'articulation fémoro-tibiale commence à se prendre à son tour. Même traitement, les selles se sont modifiées, les mucosités sanglantes ont peu à peu disparu.

19. — La fièvre, qui avait baissé les jours précédents, s'élève à nouveau et approche de 40°.

(1) Camp d'Hussein-Dey.

20. — Le gonflement a disparu à droite, mais à gauche le genou est *surdistendu*. Le choc rotulien ne s'obtient plus aussi nettement que la veille, et l'empâtement périphérique s'accroît beaucoup. Malgré cela, il n'existe pas de rougeur bien apparente, l'articulation est simplement chaude et des arborisations veineuses se dessinent et marbrent son pourtour. Au repos complet, le malade ne souffre pas trop, mais il existe une douleur *très vive à la propulsion, à la pression de l'interligne et dans les mouvements même les plus limités*; aspect typhoïdique.

21. — Les douleurs deviennent intolérables, la *moindre trépidation les réveille*, le pas des infirmiers, la plus légère secousse imprimée au lit, arrachent des cris au malade. Aggravation des symptômes généraux, délire nocturne, prostration, yeux ex-cavés, teinte subictérique des conjonctives, narines pulvérulentes, langue de perroquet, haleine fétide, respiration fréquente et superficielle, pouls à 125, mou et dépressible, urines chargées, fébriles, pas d'albumine, rien au cœur. Ponction avec l'appareil de Potain; on retire plus de 200 grammes d'un liquide louche, épais, séro-purulent, dans lequel se déposent bientôt quelques caillots fibrineux.

L'examen histologique du liquide fait immédiatement montre une *grande quantité de globules purulents*, quelques gouttelettes graisseuses et des hématies.

Par le repos, le liquide se sépare en deux couches : une, superficielle, qui se clarifie; l'autre, blanc sale, qui a bien l'aspect du pus. Ce dépôt, examiné, a été trouvé composé en *majeure partie de globules purulents, leucocytes altérés, multinucléolés*, tantôt libres et tantôt emprisonnés dans un réseau de fibrine. On y rencontre également les autres éléments signalés plus haut.

Dans une préparation colorée avec la liqueur de Ziehl et examinée avec un objectif n° 3, nous avons trouvé un certain

nombre de microcoques disposés en chainettes, aucun autre microorganisme. Par suite de circonstances indépendantes de notre volonté, nous n'avons pas pu faire l'arthrotomie le jour même, et nous avons été contraint de remettre cette intervention qui s'imposait.

22 mai. — Même état, le liquide s'est reproduit. Anesthésie au chloroforme. Arthrotomie et drainage de divers culs-de-sacs de la synoviale.

Incisions de 8 centimètres de chaque côté de la rotule, couche par couche, écoulement d'un liquide articulaire très louche et sortie de caillots fibrino-purulents. Synoviale bouffie, d'un rouge sombre, tomateuse, bourgeonnante même et saignant facilement quand on y touche.

A ces deux premières incisions, nous en ajoutons immédiatement plusieurs autres indispensables au drainage d'une articulation aussi vaste et aussi complexe que le genou. Nous pratiquons successivement une incision de 3 centimètres au sommet du cul-de-sac supérieur et deux incisions postéro-latérales de 4 centimètres chacune, qui ne sont autre chose que des incisions de décharge du procédé de résection d'Ollier. La première se tient au-devant du tendon du biceps, la deuxième entre les muscles de la patte d'oie.

Nous avons pu ainsi drainer, à l'aide de gros tubes, les cavités sus et sous-rotuliennes, la bourse séreuse sous-musculaire, et enfin les dépressions latérales de la synoviale réfléchie. Lavage à la solution phéniquée forte, pansement et immobilisation dans une gouttière de la cuisse.

Le jour même, les douleurs disparaissent, la température, après s'être abaissée progressivement les 23, 24 et 25 mai, remonte ensuite à 39°. Mais, cette fois, ce n'est plus le genou qui est en cause, il n'est pour rien dans cette hausse thermique, un nouvel accident est survenu.

Au cours de l'anesthésie, la langue a été saisie par un aide

avec une pince à forcipressure, il en est résulté des excoriations, et malgré des gargarismes antiseptiques répétés, nous avons à faire à une glossite phlegmoneuse.

La langue est énorme, N.... boit difficilement, même à l'aide d'un biberon, les aliments les plus liquides. Antisepsie buccale.

Bientôt le gonflement général diminue un peu, mais on remarque alors une tuméfaction arrondie du volume d'une grosse aveline, qui existe à gauche, au tiers inférieur antérieur de la langue. Là, se trouve un petit abcès bien circonscrit qui est ouvert le 29 mai.

Ce jour-là, je fais le premier pansement du genou ; suppuration brun chocolat, peu abondante. On change les drains.

A partir de ce moment, la température tombe assez brusquement et définitivement à la normale ; l'abattement a complètement disparu, la langue a repris son volume et sa forme ordinaires, enfin le malade mange et recouvre rapidement ses forces.

Deuxième pansement, le 3 juin, troisième, le 12 juin ; on retire complètement les drains. On peut imprimer quelques mouvements au genou sans faire trop souffrir le malade ; il n'y a aucune douleur à la propulsion. Les forces sont complètement revenues ; le malade s'alimente très bien.

23 juin. — Cicatrisation complète ; le malade commence à bien fléchir, les troubles fonctionnels sont nuls.

Dans cette observation, l'*étiologie est indéniable* ; nous étions en pleine épidémie, notre homme a présenté les *selles caractéristiques*, qui n'ont cessé qu'au moment où la période d'infection articulaire battait son plein ; il était *indemne de toute autre affection*.

Peut-on nier la suppuration ? Plusieurs de nos collègues qui ont examiné avec nous les préparations du liquide retiré par ponction ont été unanimes sur ce point. Bien que nous n'ayons pas attendu du pus crémeux, bien que nous n'ayons pas opéré

in extremis, nous nous sommes bien trouvé en face d'une arthrite suppurée. La marche de l'affection elle-même est faite pour dissiper toute espèce de doute. L'état général infectieux, si profond, les douleurs excruciantes montrent bien toute la gravité de cette arthrite à physionomie particulière. La sédation qui s'est produite du côté de la température après l'intervention et qui eût persisté sans cette malencontreuse complication du côté de la langue, la cessation de la douleur, la modification rapide des symptômes généraux, justifient pleinement, nous semble-t-il, la hardiesse de notre thérapeutique, qui, tout en arrêtant les accidents d'infection déjà si nets, a su conserver au malade un genou solide et parfaitement mobile.

En résumé, d'après ces trois observations qui ont un caractère d'authenticité incontestable, on peut, de loin en loin, constater cette terrible complication : la suppuration.

Etudions-la cliniquement.

L'articulation atteinte primitivement reste malade, tandis que les autres articulations se prennent. Dans le cas rapporté par M. le professeur Brault, ce fut d'abord le genou gauche qui fut pris le premier et suppura, tandis que le genou droit qui s'était pris guérit très vite.

Ordinairement, comme dans le pseudo-rhumatisme infectieux simple, c'est l'articulation fémoro-tibiale qui est le plus souvent prise. Celle-ci est très distendue, œdématisée avec empatement périphérique. La peau ne présente presque pas de coloration, quelquefois elle est rosée, mais cette coloration sans contours nettement arrêtés se confond insensiblement avec la teinte générale de la peau. Celle-ci est chaude. L'articulation est très douloureuse à la pression et à la propulsion. Chez le malade de M. Brault, les douleurs étaient intolérables et réveillées par la moindre trépidation.

A ces réactions locales s'ajoute encore la gravité de l'état

général. La température s'élève et peut monter jusqu'à 40°. Les sueurs sont abondantes. L'agitation du malade est extrême. La langue est sèche, très rouge. La soif est très vive, le poulx est mou et dépressible, les urines sont chargées et fébriles ; enfin, on observe de la céphalalgie et du délire nocturne.

Si nous étudions le liquide purulent retiré de l'articulation, nous voyons qu'il est bien différent du liquide articulaire de l'arthrite dysentérique bénigne. Tandis que ce dernier est blanchâtre, fibrineux et ne renferme aucun parasite susceptible d'être mis en évidence par nos moyens d'investigation, le pus retiré par ponction, par exemple, a montré à l'examen microscopique pour le premier cas une grande quantité de cocci disposés en chaînettes ou en masse. De même pour le malade de M. Brault, les préparations de pus colorés avec le réactif de Ziehl et examinées avec un objectif numéro 3, montrèrent un certain nombre de microcoques disposés en chaînettes ; mais on ne trouva aucun autre micro-organisme comme les amibes ou le coli bacille, qui sont supposés être les agents pathogènes de la dysenterie. M. Wolkmann ne semble pas avoir rencontré de micro-organismes.

§ II

D'après le tableau symptomatologique que nous venons d'esquisser, le pseudo-rumatisme suppuré dysentérique a une marche qui lui est propre et présente certains points de dissemblance avec le pseudo-rumatisme dysentérique ordinaire. Dans cette dernière affection, en effet, la douleur, qui ouvre la marche des phénomènes morbides, n'offre pas en général un bien grand degré d'acuité ; elle est ordinairement sourde, sans exacerbation, ni élancement et de courte durée. La peau conserve sa couleur normale ou bien est pâle, d'un blanc cireux. La température locale ne présente jamais une éléva-

tion sensible et les malades n'accusent pas de chaleur appréciable au niveau des points intéressés. L'hydarthrose fréquente aux genoux est toujours très rapide dans son apparition et n'atteint jamais un développement excessif, sauf dans le cas de Trousseau.

Cet envahissement morbide ne soulève dans l'organisme aucune réaction sérieuse. Le pouls demeure ce qu'il était ; la température ne subit aucune élévation et ne dépasse point 39°. Cette hyperthermie est exceptionnelle et lorsqu'elle existe, elle est peu durable. Les fonctions digestives conservent toute leur régularité et l'analyse d'urine reste toujours muette ; en un mot, l'état général du malade ne paraît pas souffrir.

Le tableau change lorsque l'articulation suppure. Localement, on observe un gonflement énorme de l'articulation. Chez le malade de M. Brault, le genou était *surdistendu*. La peau chaude, parfois rosée ; la douleur très vive est réveillée par la moindre trépidation dans la chambre du patient.

L'état général est inquiétant ; l'aspect du malade est parfois typhoïdique (J. Brault). La température, au lieu d'être modérée comme précédemment, peut monter jusqu'à 40 degrés ; le pouls, mou et dépressible, monte jusqu'à 125. Le malade est dans la prostration et a du délire pendant la nuit. Les conjonctives ont une teinte subictérique, la respiration est fréquente et superficielle ; les urines sont chargées et fébriles ; en un mot, les grandes fonctions ne semblent pas rester indifférentes à la prise en possession de l'économie par l'agent morbide.

L'hésitation n'est donc pas possible entre l'une et l'autre de ces affections. Si toutefois un doute pouvait exister, la ponction, qui est un excellent moyen de contrôle, nous aiderait à établir notre diagnostic. Celle-ci sera faite le plus aseptiquement possible avec l'appareil de M. Potain, et le liquide recueilli permettra de déceler microscopiquement l'existence ou non de globules de pus et de microorganismes.

Cependant, le diagnostic n'est pas toujours facile, si la dysenterie est accompagnée d'une autre affection intercurrente. Ainsi, il sera très difficile de se prononcer lorsque le flux dysentérique coïncidera avec un écoulement urétral, avec un érysipèle, avec une scarlatine, avec des oreillons, avec une variole, comme dans l'observation rapportée par Thomas (de Tours). Le problème devient alors délicat pour savoir à quelle affection on doit rapporter les arthropathies qui pourront survenir.

Le pronostic de l'arthrite suppurée dysentérique est grave. La mort, cependant, est l'exception et le cas de Thomas (de Tours) est le seul exemple que nous connaissons. Toutefois le pronostic doit être réservé, à cause de l'état général qui peut devenir, à un moment donné, inquiétant et des lésions articulaires cartilagineuses et osseuses, lésions qui peuvent causer, dans la suite, de la raideur et une certaine impotence fonctionnelle du membre atteint. Il est donc indiqué d'intervenir de suite quand la ponction a montré l'existence réelle de pus dans l'articulation.

§ III. — TRAITEMENT

Nous avons vu que les méthodes de douceur, telles que l'immobilisation et le repos, la compression ouatée, réussissaient parfois facilement dans le pseudo-rumatisme ordinaire de la dysenterie. Mais il est des cas où l'hydarthrose est rebelle à ce traitement et M. le médecin-major Remlinger indique la ponction comme nécessaire.

M. le professeur Brault préfère à ces méthodes lentes l'arthrotomie rapide en un temps, telle qu'elle est décrite par M. le professeur de Rouville au sujet d'un cas d'hémarthrose

traumatique du genou. M. Brault se sert de ce procédé opératoire dans toutes les hydarthroses rebelles. En 1897, il dut opérer ainsi, dans son service de chirurgie à l'hôpital du Dey, un malade qui, au déclin d'une dysenterie, présentait un épanchement séreux, abondant et rebelle aux moyens ordinaires. L'article fut lavé à l'aide de la solution phéniquée forte. La guérison fut complète et demanda une quinzaine de jours. D'ailleurs, l'arthrotomie est une opération aussi inoffensive que la ponction, et M. Brault se contente d'anesthésier la région à la cocaïne et ne fait ni sutures, ni drainages.

Plus efficace dans l'hydarthrose ordinaire que la simple ponction, l'arthrotomie rapide en un temps présente le même avantage pour l'hydarthrose du pseudo-rhumatisme ordinaire de la dysenterie. Voici, d'ailleurs, l'opération telle qu'elle est décrite par M. de Rouville :

« On pratique une incision de 4 centimètres au moins sur le côté externe et supérieur de l'articulation ; l'incision est faite en un seul temps ; la pointe est enfoncée jusque dans l'articulation et l'incision est ensuite complétée d'un seul coup ; nous choisissons le côté externe, car à ce niveau l'article est plus facilement accessible, on ne rencontre que peu de fibres musculaires ; la synoviale est alors largement ouverte, et comme dans le décubitus dorsal, le membre est toujours en rotation externe, l'écoulement du liquide se fait avec facilité ; la blessure des surfaces articulaires est facilement évitée en dirigeant la lame de l'instrument parallèlement à l'axe du membre dans la direction des parties molles à inciser ; l'incision doit commencer à 2 centimètres environ au-dessus du bord supérieur de la rotule, à 1 centimètre en dehors du bord externe de cet os ; elle suffit largement à l'écoulement du liquide et à l'issue des éléments solides que peut renfermer l'article ; l'élasticité de la synoviale revenant

sur elle-même chasse le liquide. La plaie n'est ni suturée, ni drainée. »

Mais cette méthode, si avantageuse dans le pseudo rhumatisme ordinaire de la dysenterie, est insuffisante lorsqu'il s'agit de pyarthrose dysentérique.

La plupart du temps, il ne faut pas se borner à l'arthrotomie large, mais il faut encore, comme l'a fait M. le professeur Brault, dans le cas rapporté plus haut, recourir aux incisions de dégagement conseillées par Ollier quand il s'agit du genou, tout en prenant soin de faire les deux larges incisions pararotuliennes. Ces incisions, d'environ 8 centimètres, sont faites couche par couche, puis deux autres de décharge, de 4 centimètres environ, devant le biceps et le tendon de la patte d'oie ; enfin, on fait encore une incision de 3 centimètres au sommet du cul-de-sac supérieur. Toutes ces incisions de dégagement sont nécessaires pour le drainage d'une articulation aussi vaste que le genou.

Mais si, au lieu du genou, il s'agissait d'une articulation plus serrée, de l'articulation tibio-tarsienne par exemple, la résection pourrait être de mise comme dans nombre d'arthrites infectieuses parce que, dans ce cas-là, suivant l'expression d'Ollier lui-même, « elle demeure la plus haute expression du drainage articulaire ».

Ce n'est pas tout, une fois l'article desséché, dès que la mobilisation pourra être entreprise, il faudra faire du massage sur le genou. Il sera bon d'ajouter aux excellents effets du massage ceux des courants continus, de la gymnastique, de l'hydrothérapie, afin de rendre à l'article sa mobilité et sa souplesse, et afin de rendre aussi aux muscles leur tonicité et leur vigueur.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- Annales de l'Institut Pasteur, 1894.
- Archives provinciales de chirurgie, 1898.
- BRAULT (J.). — Des pseudo-dysenteries (Montpellier Médical, 1896).
- — Observation (Lyon Médical, 1894).
- DEWÈVRE. — Rhumatisme infectieux dans la dysenterie (Archives générales de médecine, 1886).
- FRADET. — Du rhumatisme secondaire dysentérique (Thèse de Paris, 1884).
- GALDEMAR. — Thèse de Paris, 1876.
- Gazetti des li ospitalis, 1897, n° 154.
- JANUS. — Revue d'Amsterdam, novembre-décembre 1898.
- KELSCH et KIENER. — Maladie des pays chauds.
- LAPERSONNE. — Des arthrites infectieuses (Th. de Paris, 1886).
- LE DENTU et DELBET. — Traité de chirurgie.
- LEPECK DE LA CLOTURE. -- Collection d'observations sur les maladies et constitutions (Rouen, 1773).
- MACÉ. — Traité pratique de bactériologie.
- MAUCLAIRE. — Arthrites suppurées dans les principales infections articulaires (Archives générales de Médecine, 1895).
- OLLIER. — Médecine opératoire.
- PICQUÉ. — Rapport à la Société de chirurgie, 1894.
- QUINQUAND. — Gazette des hôpitaux, 1874.
- REELUS et DUPLAY. — Pathologie externe.
- REMLINGER. — Contribution à l'étude de l'arthrite dysentérique (Revue de Médecine, 1898).
- ROUVILLE (DE). — De l'hémarthrose traumatique du genou.
- STARCK. — Observation (Centralblatt für chirurgie, 1879).

STOLL. — Médecine pratique (Traduction de Terrier, 1778).

THOMAS (de Tours). — Archives générales de Médecine, série II, 1835).

TROUSSEAU. — Cliniques de l'Hôtel-Dieu.

WOLKMANN. — Observation (Archives de Langenbeck, 1861).

WURTZ. — Clinique bactériologique.

ZIMMERMANN. — Traduction de Lefèvre, Lausanne 1794.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER

Montpellier, le 24 février 1899.

Le Recteur :

ANT. BENOIST.

VU

Montpellier, le 25 février 1899.

Le Doyen :

L. VIALLETON.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !
